



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

**Diálogo para la
Inversión Social
en Guatemala**

ANÁLISIS DE POLÍTICA No. 3

¿Cómo se dirige el destino del sistema de salud en Guatemala?

Una mirada a la rectoría en salud en Guatemala



PRESENTACION

LA IDEA DE QUE LOS SISTEMAS DE SALUD NECESITAN UN ORDENAMIENTO Y DIRECCIÓN HA ESTADO PRESENTE DESDE EL SURGIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD MODERNOS, A MEDIADOS DEL SIGLO PASADO. SIN EMBARGO, EL ANÁLISIS DE LAS PRÁCTICAS Y ATRIBUTOS QUE PERMITEN DIRECCIONAR LOS SISTEMAS DE SALUD EN UNA FORMA SISTEMÁTICA, LLAMADO 'RECTORÍA', ES BASTANTE MÁS RECIENTE (OMS 2000; OPS 1997).

En Guatemala, la Constitución de la República y el Código de Salud le imponen al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) el mandato explícito de ejercer la rectoría sectorial. En la práctica dicho mandato es bastante incompleto, y se asegura que las limitaciones en el ejercicio de dicha rectoría están en la base de muchos de los problemas que enfrenta el Estado guatemalteco para resolver las necesidades de salud de la población. En este análisis de política se discuten conceptos sobre la materia desarrollados en la literatura internacional, y se desarrolla un análisis de la situación y opciones para Guatemala de cara a fortalecer la rectoría sectorial en salud.

Dos modelos de rectoría en salud

Existen dos enfoques en el desarrollo del concepto de rectoría, sus funciones, atributos y mecanismos que, aún y cuando guardan similitudes, tienen antecedentes y énfasis diferentes. Estos son el modelo de la Organización Panamericana de la Salud-OPS y el modelo de la Organización Mundial de la Salud-OMS.

El modelo de la OPS

El concepto de rectoría en el modelo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se asocia a cambios que experimentaron los sistemas de salud de la región de las Américas a partir de las reformas sectoriales de salud de la década de 1990 (Boffin 2002; Travis y Cols. 2001; OPS 2002).

Figura 1: Las tareas de la rectoría sectorial sanitaria por parte de la Autoridad Sanitaria. (Modelo OPS-Funciones Esenciales de la Salud Pública)



En dicho modelo, la preocupación principal es la separación de funciones del sistema de salud: rectoría, financiamiento, aseguramiento, compra y prestación de servicios. Bajo esta separación de funciones se considera importante fortalecer la autoridad sanitaria nacional para que desempeñe la rectoría del sistema (OPS 2002; OPS 1997). Al inicio de

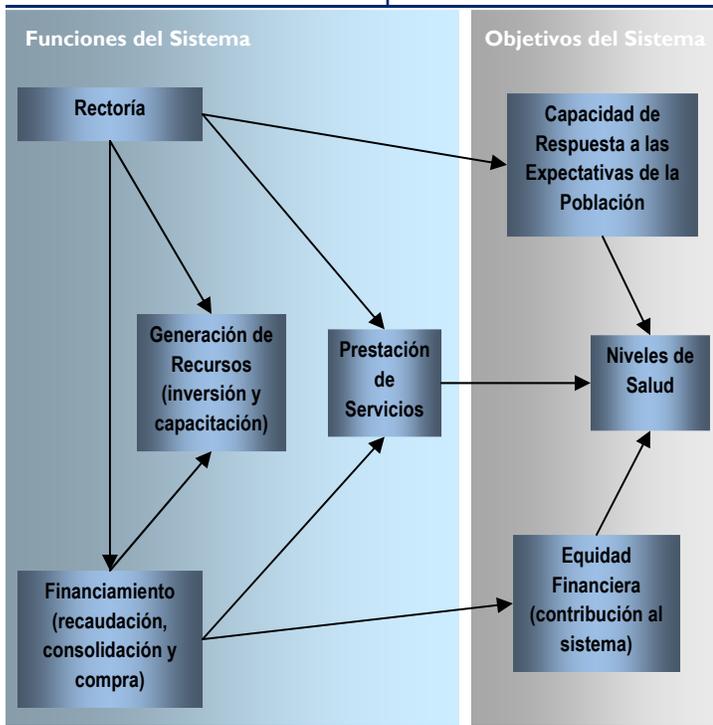
los procesos de reforma, se pensaba que los países de la región implementarían la separación de funciones, principalmente el financiamiento y la prestación de servicios. Sin embargo, luego de más de una década de reformas, la mayoría continúa integrando varias de las funciones arriba mencionadas (OPS 2007b).

A partir del año 2000, OPS integró la rectoría dentro del concepto de las “funciones esenciales de la salud pública” (OPS 2000). Actualmente, el modelo define 6 tareas que deben desarrollar las autoridades sanitarias (ver figura 1). Dependiendo del grado de descentralización y de la separación de funciones, los ministerios nacionales de salud tendrán un mayor o menor espectro de estas competencias (OPS 2002).

La rectoría en el modelo de la OMS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha desarrollado un marco conceptual para analizar y evaluar el desempeño de los sistemas de salud (ver figura 2) (OMS 2000). Dicho modelo identifica que todos los sistemas de salud, independiente de la forma en que están organizados, implementan 4 funciones principales: a) rectoría, b) generación de recursos (personal, infraestructura y conocimiento), c) financiamiento, y d) prestación de servicios. Estas cuatro funciones interactúan para alcanzar los tres objetivos centrales de

Figura 2: La rectoría y su relación con las funciones y objetivos de los sistemas de salud (Modelo OMS-Desempeño de los sistemas de salud)



todos los sistemas de salud: a) capacidad de respuesta a las expectativas en salud de la población, b) equidad en la contribución financiera al sistema (justicia), y c) mejora de las condiciones de salud de la población.

En lo que respecta a rectoría, se identifican 3 tareas principales: a) proveer de visión y dirección al sistema de salud, b) recolectar y utilizar inteligencia, y c) influir hacia la consecución de las metas del sistema de salud por medio de la regulación y otros medios.

A diferencia de OPS, en el modelo de la OMS no se busca resaltar la ‘separación de funciones’, sino hacer énfasis en que, con independencia de la forma como se organicen los sistemas de salud y las reformas que tengan, el Estado es responsable último de su desempeño en cuanto a alcanzar niveles adecuados de salud y bienestar de los ciudadanos (McKee 2001; Travis y Cols. 2001; McKee & Janson 2001). Este concepto de rectoría se acerca a la interpretación de una buena gobernanza del sistema de salud. También busca un rol activo del Estado y la expresión de principios éticos dirigidos a ob-

tener resultados aceptables en los niveles de salud de la población (Saltman & Ferrousier-Davis 2000).

El modelo de la OMS reconoce que, como resultado de la organización de los sistemas de salud, es posible que algunas de las funciones de rectoría se deleguen a otros ministerios u agencias (finanzas, planificación, contraloría de cuentas) o a otros niveles de gobierno (provinciales, municipales, etc.). Sin embargo, es el Ministerio de Salud (o su equivalente) el responsable último de que la rectoría sea efectiva dentro del sistema de salud. La capacidad de rectoría se considera tan importante que se plantea que la efectividad en la rectoría influye en las otras funciones esenciales de los sistemas de salud. (Travis y cols. 2001).



Sub-funciones de la rectoría

Aun cuando existe consenso en la literatura sobre la relevancia de la rectoría para los sistemas de salud, no sucede lo mismo en cuanto a la forma de medirla y monitorearla (Boffin 2002; Travis y Cols. 2001 Mckee & Janson 2001). Varios autores han sugerido una serie de sub-funciones a partir de la propuesta de rectoría del modelo OMS. Estas se resumen en el Cuadro I.

Cuadro I: Las sub-funciones de la rectoría

Sub-funciones de la rectoría	Descripción
Generación de inteligencia en salud	Más allá de poseer un sistema tradicional de información, exige identificar e interpretar conocimiento de fuentes formales e informales: investigación, información rutinaria, medios masivos de comunicación, encuestas de opinión, grupos de presión, etc.
Formulación e implementación de políticas estratégicas	Políticas estratégicas son aquellas dirigidas a abordar los principales desafíos que afronta el sistema de salud. Buscan desarrollar una visión para el sistema, monitorear el progreso hacia la consecución de las metas, y ajustar las políticas y estrategias en función de nuevos retos que surjan.
Asegurar herramientas de rectoría: incentivos y sanciones efectivos	La institución rectora debe contar con el poder, la autoridad y los recursos para llevar a cabo su responsabilidad. Mediante la regulación, el monitoreo y evaluación del desempeño y la aplicación de incentivos y sanciones la institución rectora asegura que se cumplan las reglas, para conseguir las metas y funciones principales del sistema.
Conformación de coaliciones y alianzas	Relacionada a la capacidad para implementar políticas y estrategias (tanto populares como impopulares) el ente rector debe contar con la capacidad para establecer coaliciones y alianzas, y para mantener una comunicación efectiva con la opinión pública y con otras organizaciones del sector.
Asegurar la correspondencia entre objetivos de política y estructura organizacional	La arquitectura del sistema de salud debe corresponder a los objetivos de las políticas. Implica capacidad para alterar o eliminar barreras estructurales y organizacionales que se interponen en el uso eficiente y equitativo de los recursos con que cuenta el sistema de salud.
Asegurar la rendición de cuentas	Todos los actores del sistema (prestadores, financistas, formadores de recurso humano, proveedores de insumos y medicamentos, etc.), sean públicos o privados, deben estar sujetos a mecanismos de rendición de cuentas. La autoridad rectora debe asegurar que existan y se apliquen dichos mecanismos. La rendición de cuentas también alcanza a la propia autoridad rectora, que debe rendir cuentas a la ciudadanía.

El Ministerio de Salud es el responsable último de que la rectoría sea efectiva dentro del sistema de salud. La capacidad de rectoría se considera tan importante que se plantea que su efectividad influye en las otras funciones esenciales de los sistemas de salud.

Situación de la rectoría en Guatemala

El Código de Salud designa al MSPAS como el ente rector de la salud en el país (Decreto 90-97, art. 9). Para la conducción se definen competencias específicas en coordinación con otros ministerios y secretarías de gobierno (agricultura, ganadería y alimentación, ambiente y recursos naturales, seguridad alimentaria), y con los gobiernos municipales.

Aún cuando existe claridad jurídica sobre la responsabilidad del MSPAS como ente rector, en la práctica se enfrentan limitaciones, al no explicarse cómo se ejerce la misma con respecto al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) y las organizaciones del sector privado lucrativo. Al respecto, el Código de Salud en su artículo 9 se refiere únicamente a la ‘coordinación’, como lo hace también con respecto a las instituciones formadoras del recurso humano en salud.

Aún cuando existe claridad jurídica sobre la responsabilidad del MSPAS como ente rector, en la práctica se enfrentan limitaciones, al no explicarse cómo se ejerce la misma con respecto al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) y las organizaciones del sector privado.

Generación de inteligencia en salud

En Guatemala, la posibilidad de generar inteligencia en salud se enfrenta a un sistema limitado de información en salud cuyo énfasis es la información epidemiológica. Además, no existe integración de información entre el MSPAS y el IGSS. Tampoco hay intercambio de información con organizaciones prestadoras de servicios del sector privado (Flores 2007). Las estadísticas vitales y demográficas, que en el pasado se colectaban de los registros civiles municipales y más recientemente a través del Registro Nacional de Personas (RENAP), están constitucionalmente bajo el mandato del Instituto Nacional de Estadística (INE). Igualmente, el subsistema privado de salud reporta al INE y no al MSPAS. Aun cuando el INE recoge la información, no existen bases de datos actualizadas sobre la misma, ni mecanismos de comunicación fluida con el MSPAS (Flores 2007). En el MSPAS, el Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA) recopila información de todo el país, pero esta no regresa a los usuarios para tomar decisiones, lo que les lleva a desarrollar sistemas paralelos de información. Más recientemente el MSPAS, con apoyo del proyecto USAID/Diálogo para la Inversión Social, ha iniciado procesos para la integración de las bases de datos, pero dicho trabajo es aún incipiente.

Formulación de políticas estratégicas

Para dar visión y liderazgo de políticas a los principales desafíos del sistema de salud el MSPAS ha promovido la “agenda nacional de salud 2015”. Dicho proceso ha sido poco conocido por otros actores, y en su lugar ha sido más visible el esfuerzo del sector privado y los partidos políticos a través del “plan visión de país” y la iniciativa de Ley Marco de Salud emanada del mismo. La percepción de que el proceso era liderado sin la participación de la autoridad rectora (MSPAS) generó oposición del Colegio de Médicos de Guatemala, la Universidad de San Carlos, organizaciones no gubernamentales y otros grupos de la sociedad civil.

Además, en la agenda de políticas se ha tendido a adoptar prioridades internacionales—tales como VIH o malaria—no necesariamente inapropiadas, pero sin pasar por acuerdos sobre la problemática nacional en salud. Un aspecto que afecta la formulación de política estratégica es la falta de carrera administrativa dentro del MSPAS. La mayoría del personal con poder de decisión se financia con renglones de contrato temporal, sujeto a cambio con cada administración de gobierno. La alta rotación de gestores influye en el desarrollo del recurso humano y en la implementación de políticas de mediano y largo plazo (Flores 2007).

Herramientas para la rectoría: incentivos y sanciones

Como se señala arriba, las herramientas legales para el ejercicio de rectoría son limitadas para el MSPAS, pues la noción de ‘coordinación’ con el IGSS y el sector privado no otorga el poder suficiente para ejercer rectoría. Aunque el Código de Salud reglamenta algunas medidas de coerción (multas por incumplimiento), estas se dirigen a la vigilancia de alimentos y registro sanitario. Acciones trascendentales, como la definición y operación de modelos de atención, aseguramiento y financiamiento, quedan fuera de la aplicación de incentivos y sanciones. La rectoría sobre el subsector privado lucrativo cobra especial relevancia, si se considera que, sólo en el periodo 1995-2006 se registraron 292 nuevos hospitales, 2,614 nuevas clínicas médicas y 714 laboratorios clínicos (Flores 2007). Sin embargo, el potencial impacto del MSPAS se limita al sistema que financia, lo cual implica tan sólo una quinta parte del gasto total en salud (Proyecto Diálogo & PNUD 2008).

Conformación de coaliciones y alianzas

La conformación de coaliciones y alianzas es necesaria para obtener respaldo en la implementación de políticas trascendentales para el sistema de salud. En años recientes, se han constituido coaliciones importantes en temas sanitarios específicos, como salud sexual y reproductiva, VIH/SIDA y tabaco. Sin embargo, la extensión de servicios a través del vínculo con las ONG ha sido muy inestable, y no se movilizan alianzas para incidir en aspectos trascendentales como el gasto público en salud y el desarrollo de los recursos humano en salud.

Asegurar la correspondencia entre los objetivos de las políticas de salud y la estructura organizacional

Es difícil para el MSPAS ejercer rectoría ante la fragmentación del sistema y la disminución en el porcentaje de participación del MSPAS en el gasto total en salud (Flores 2007; Proyecto Diálogo & PNUD 2008), factores que no están directamente bajo su control. El MSPAS necesita del apoyo del Ministerio de Finanzas y del Congreso de la República, entre otros, que tienen incidencia sobre la asignación de recursos y la estructura y organización del sistema de salud. Esto también implica que las coaliciones y alianzas no deben realizarse únicamente hacia afuera del sector público sino que también pasar por las propias instituciones estatales.

Asegurar la rendición de cuentas

Para ejercer una rectoría efectiva es necesaria la rendición de cuentas, tanto de agentes públicos (IGSS, municipalidades, otros) como privados, hacia la autoridad rectora (MSPAS). Sin embargo, no existen medios de rendición de cuentas sistemáticas hacia el MSPAS. Por ejemplo, mientras las ONG que participan en el programa de extensión de cobertura implementan procesos de ‘auditoría social’ en que un ciudadano (generalmente un maestro) evalúa algunos criterios de desempeño de la ONG, el resto de servicios que participa en actividades relacionadas a la promoción y prestación de servicios de salud no rinden cuentas.

La misma autoridad rectora debe rendir cuentas sistemáticas a la ciudadanía. Se conocen

Para ejercer una rectoría efectiva es necesaria la rendición de cuentas, tanto de agentes públicos (IGSS, municipalidades, otros) como privados, hacia la autoridad rectora (MSPAS). La misma autoridad rectora debe rendir cuentas sistemáticas a la ciudadanía.

¿Por qué estamos como estamos? Efectos de la reforma sectorial sobre la rectoría en salud

La situación actual de la rectoría del sistema no puede separarse de los procesos de reforma del Estado impulsados en los últimos 15 años. Dichos procesos promovieron la reducción del tamaño del aparato estatal y su financiamiento. Ello ha significado que el Ministerio de Salud, al igual que otras instituciones públicas, tenga ahora menos recursos financieros y reales (personal, instalaciones, materiales) en proporción a los recursos que se colocan desde el sector privado (lucrativo y no-lucrativo).

Esto es una tendencia generalizada: como resultado de los procesos de reforma, los Estados de la región, incluyendo Guatemala, no parecen tener la organización institucional, los recursos humanos y las finanzas suficientes para responder a los desafíos actuales en salud (OPS 2002). Ante este contexto, la rectoría tendrá que ir de la mano con procesos de fortalecimiento de los sistemas públicos de salud. También debe enfatizarse que el fortalecimiento de la capacidad rectora de los ministerios de salud debe tener como propósito y fin último, el desarrollo humano sostenible y la reducción de inequidades existentes en los sistemas de salud (OPS 2002).

algunos esfuerzos recientes, tales como el “Gabinete Móvil” (2004-2008) y la iniciativa de algunos directores de distrito y directores de área de informar ante instancias municipales y departamentales (COMUDE y CODEDE). Sin embargo, estos son esfuerzos de iniciativa particular, no procesos sistemáticos y normados.

Una aspecto de la rendición de cuentas poco mencionado se refiere a las agencias internacionales de cooperación. En países en desarrollo las agencias tienen una influencia importante en procesos trascendentales, como las reformas del sector salud. Un estudio reciente de mapeo político y visiones de actores del sector salud en Guatemala identificó a las agencias financieras multilaterales como instituciones especialmente influyentes y situadas muy cerca de la toma de decisiones de política del MSPAS (Jiménez 2007).

¿Quién pide cuentas de su desempeño?

Los retos para la rectoría del sistema de salud en Guatemala

La cantidad de tareas y actividades para ejercer la rectoría puede ser enorme, pues toca aspectos que van desde la vigilancia de productos alimenticios hasta aspectos estructurales como la regulación del aseguramiento. Esta sección se concentra en abordar los retos de mayor trascendencia.

- El principal reto es conducir el sistema hacia sus objetivos, superando la actual estructura fragmentada en subsistemas, que segmenta a la población por capacidad de pago, empleo, y otras características. Esto crea serias ineficiencias e inequidades, pues desatiende a un porcentaje importante de la población (Flores 2007).
- Otro reto importante es la implementación de políticas estratégicas dirigidas a la protección social de la salud, en donde se logre aumentar el aseguramiento en la población y reducir la dependencia del gasto de bolsillo para financiar el sistema (Proyecto Diálogo 2008).
- Es también un desafío conducir al sistema para que movilice los recursos (humanos, financieros y otros) necesarios para atender a una población cuya epidemiología se complica. Hoy debe responder a una demanda de servicios por problemas crónicos y degenerativos sin dejar de atender enfermedades carenciales, infecciosas y de la infancia, cosa que crea una mayor presión en costos del sistema.
- No menos importante es la necesidad de regular al subsector privado (lucrativo y no lucrativo) de la salud, para asegurar que contribuya a los objetivos del sector.

Acciones concretas para fortalecer la rectoría del MSPAS

Ante los retos arriba mencionados, se requiere de acciones concretas que generen las condiciones para ejercer la rectoría del sistema. Aquí se sugieren tres acciones interrelacionadas.

Crear condiciones para la generación de inteligencia en salud

Una primera condición para fortalecer la rectoría puede ser la formación de un grupo de análisis (“think tank”) permanente al interior del MSPAS, cuya función sea la generación de ‘inteligencia’ para la conducción del sistema. Sus miembros debieran contar con la

responsabilidad e independencia necesarias para analizar y proponer soluciones al sistema, sin estar ligados a actividades administrativas que les comprometan en tiempo o intereses.

La segunda condición es la implementación y ampliación en el uso de sistemas de información y análisis que vayan más allá del tema epidemiológico para incluir variables relacionadas a las determinantes sociales de la salud (vivienda, empleo, educación, Etc). Esto no significa que el MSPAS debe recolectar información de otros sectores e instituciones (INE, Segeplan), pero sí que debe analizar y comprender las implicaciones para el sistema de salud y la salud de la población de factores tales como el déficit de vivienda, precariedad del empleo, brechas de género en los indicadores educativos, entre otros. Este sistema de información y análisis también debe analizar el comportamiento del mercado privado de la salud, así como los hechos que influyen (favorablemente o no) sobre el clima político y la opinión pública en relación a los temas estratégicos para el sistema de salud.

Formulación de políticas estratégicas

Las políticas de salud de los últimos gobiernos se han caracterizado por listar propósitos y actividades, más que enunciar una visión y marco estratégico de políticas públicas en salud. La rectoría debe construirse sobre un proceso de formulación y diseminación de políticas de salud que sean estratégicas, tales como el aumento del gasto público en salud, partiendo de un análisis de escenarios sociopolíticos. Otros ejemplos de política estratégica son: a) la oportunidad de captar el gasto en salud que se realiza a través de las remesas familiares y dirigirlo hacia un esquema de aseguramiento público, y b) la identificación e implementación de mecanismos que permitan orientar fondos de distintas fuentes de financiamiento público (tales como consejos de desarrollo, fondos sociales, y transferencias municipales) a la reducción de brechas inequitativas de infraestructura, recursos humanos y equipamiento de salud en las regiones geográficas de mayor precariedad en el país.

Coaliciones y alianzas

Una tarea concreta para el MSPAS es consolidar su liderazgo en el establecimiento de coaliciones y alianzas, no únicamente dentro del aparato gubernamental (otros ministerios, secretarías, municipalidades) sino que también con las organizaciones de la sociedad civil y los agentes económicos privados. Estas coaliciones y alianzas deben tener como propósito fortalecer la política pública en salud, no únicamente un rol asistencialista de los agentes no gubernamentales. Por ejemplo, las actividades de ONGs que trabajan en el campo de la salud y las fundaciones del sector privado usualmente apoyan labores de prestación de servicios de salud, lo cual no implica necesariamente que se esté fortaleciendo la política pública: en muchas ocasiones estas intervenciones reemplazan o compiten con el rol del MSPAS. Una modalidad diferente resulta cuando los aportes de las ONGs y fundaciones se realizan bajo un esquema de aseguramiento público de salud o acceso universal, con roles claros y complementarios para cada actor institucional. Es importante tomar en cuenta que la posibilidad de generar coaliciones y alianzas dirigidas a fortalecer la política pública en salud está amarrada a la definición de políticas estratégicas por parte del MSPAS, así como a la generación de inteligencia para el sistema de salud.

La rectoría debe construirse sobre un proceso de formulación y diseminación de políticas de salud que sean estratégicas, tales como el aumento del gasto público en salud, la orientación de remesas familiares a un esquema de aseguramiento público y la asignación de fondos a la reducción de brechas inequitativas.

La serie ANÁLISIS DE POLÍTICA busca diseminar información y análisis sobre política pública en salud y educación que ayuden a los responsables de la toma de decisiones, analistas y ciudadanos a tener posiciones mejor informadas sobre aspectos críticos para el desarrollo social en Guatemala.

El material aquí presentado fue preparado por Walter Flores para el proyecto USAID/Diálogo para la Inversión Social en Guatemala.

La realización de esta publicación fue posible gracias al apoyo del pueblo de los Estados Unidos de América proporcionado a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). El contenido aquí expresado es responsabilidad exclusiva de su autor y el mismo no necesariamente refleja las opiniones de la USAID o del Gobierno de los Estados Unidos de América.

Encargado de edición:
Félix Alvarado.

Septiembre de 2008

Boffin N (2002) *Stewardship of health systems: a review of the literature*. Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium. <http://www.itg.be/itg/uploads/publichealth/Review%20stewardship.pdf>
Ingreso: Febrero 26 del 2008.

Flores W (2007) *El sistema de salud en Guatemala: Dinámica de su estructura, funcionamiento y desempeño*. Reporte de consultoría presentado al Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Guatemala.

McKee M & Janson S (2001) "The challenge of stewardship." *European Journal of Public Health*, 2001, 11:122-123

McKee M (2001) "Measuring the efficiency of health systems." *BMJ* 323, pp 295-9

Jiménez F (2007) *Mapeo político y aproximación a las visiones de futuro de los actores de salud*. Informe de Consultoría. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo.

OPS (2007) *Perfil de los sistemas de salud: Guatemala*. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC.

OPS (2007b) *Salud en las Américas reporte 2007*. Volumen I-Regional. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC.

OPS (2002) *La Salud en las Américas reporte 2002*. "Capítulo 2: La función de rectoría en salud y el fortalecimiento institucional de las autoridades sanitarias nacionales y subnacionales." <http://www.vcampuspaho.org/esp/Pub/SaludPublicaAmericas/pdf/02--CH2--7-14.pdf> Ingreso: Marzo 15 del 2008.

OMS (2000) *El desempeño de los sistemas de salud*. Informe Global de Salud. Organización Mundial de la Salud. Ginebra.

Proyecto Diálogo (USAID/Diálogo para la Inversión Social) & PNUD (2008) *¿Quién financia el sistema de salud en Guatemala?* Serie análisis de política, No.1.

Saltman R & Ferroussier-Davis O (2000) "The concept of stewardship in health policy." *Bulletin of the World Health Organization*, 78 (6) pp732-739

Travis P, Egger D, Davies P, Mechbal A (2001) *Health system functions: Stewardship. Monitoring stewardship in order to strengthen it*. <http://gis.emro.who.int/HealthSystemObservatory/Workshops/WorkshopDocuments/Reference%20reading%20material/Literature%20on%20Governance/Stewardship14-formatted.doc>. Ingreso: Marzo 5 del 2008

Este documento está disponible en:

www.proyectodialogo.org/documents/salud/politica_salud_03.pdf

Para más información, comuníquese con nosotros

Proyecto USAID/Diálogo para la Inversión Social en Guatemala

6 Avenida 20-25 Zona 10, Edificio Plaza Marítima Nivel 5, Oficina 5-4

Ciudad de Guatemala, 01010, Guatemala

Teléfono: +502-2380-6100

Fax: +502-2380-6101

Web: www.proyectodialogo.org